



394232
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 19/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7951549	7-Data Validade da Senha 11/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532100400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KENNEDY FERREIRA ULISSES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KENNEDY FERREIRA ULISSES		
		15/03/1996			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/10/20		Kennedy
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
Dr. Régis A. C. Melo Cirurgião-Dentista Reabilitação Oral e Estética CRO-DF 11442			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/20 Kennedy Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NF



375758
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7872739	7-Data Validade da Senha 14/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202508381500014001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUZANIA FOGACA DOMINGUES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SUZANIA FOGACA DOMINGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/20		Regis A. C. Melo
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Regis A. C. Melo
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Regis A. C. Melo
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Regis A. C. Melo
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Regis A. C. Melo
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20 Regis A. C. Melo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/20
---	---	--	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitado em Estética
CRO-DF 11442



385292
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/9/09/20	4-Data de Autorização 07/11/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7914542	7-Data Validade da Seria 28/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531325700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCIO MACHADO DA MATA JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIO MACHADO DA MATA JUNIOR		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/10/20		Mirica
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/10/20		Mirica
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/10/20		Mirica
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/10/20		Mirica
5	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/10/20		Mirica
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/20
---------------	---	---	---	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



326566
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/06/20	4-Data de Autorização 24/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7644335	7-Data Validação da Senha 16/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511177700000801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANTONIO MARCIO DA SILVA BRITO		14-Telefone 13/06/1983	15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCIO DA SILVA BRITO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/06/20		Ans3w
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/06/20		Ans3w
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		Ans3w
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/06/20		Ans3w
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		Ans3w
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/20 Antonio Marcio Silva Brito	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4P



380484
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2012	4-Data de Autorização 29/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7891933	7-Data Validade da Senha 21/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025308760000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALDENORA MELLO FIGUEIREDO					
14-Telefone 23/12/1975			15-Nome do titular do plano ALDENORA MELLO FIGUEIREDO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			22/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2012
---	---	---	---

Dr. Régis A. C. Cruz
Cirurgião Dentista
Reinscrição nº 11442

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



380491
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2019	4-Data de Autorização 29/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7891949	7-Data Validade da Senha 21/12/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530876000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RONALD LAZARO BORGES RIBEIRO			14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano ALDENORA MELLO FIGUEIREDO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		23-Número no CRO 11442	24-UF DF
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/10/2019		Ronald
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2019
---	---	---	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião-Dentista
Realização de Procedimentos Estéticos
CRO-DF 11442



380488
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2019	4-Data de Autorização 29/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7891935	7-Data Validade da Senha 21/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202530876000000103									
13-Nome LETICIA GABRIELLE MELLO QUEIROZ				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALDENORA MELLO FIGUEIREDO			
				14/04/2002					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		18-Número no CRO 11442		19-UF DF		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		23-Número no CRO 11442		24-UF DF		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				27-Número no CRO 11442		28-UF DF		29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/09/20		Letícia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/20
---	---	---	---

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



375762
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/2012	4-Data de Autorização 29/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7872752	7-Data Validade da Senha 14/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 0020253100050000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KAMILA PEREIRA DOS SANTOS		14-Telefone 15/09/1997	15-Nome do titular do plano KAMILA PEREIRA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/09/2012		Komila
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/09/2012		Komila
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/09/2012		Komila
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/09/2012		Komila
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/09/2012		Komila
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/09/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/09/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/2012 x Komila	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/2012
---	---	--	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião-Dentista
Reabilitação e Estética
CRO-DF 11442



381135
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/20	4-Data de Autorização 25/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7896234	7-Data Validade da Senha 21/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202511719800065401									
13-Nome RODRIGO ASSUNCAO ROSA				14-Telefone 04/11/1988		15-Nome do titular do plano RODRIGO ASSUNCAO ROSA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/09/20		X Regis A. Melo
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/09/20		X Regis A. Melo
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/09/20		X Regis A. Melo
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/09/20		X Regis A. Melo
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/09/20		X Regis A. Melo
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 62,30	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/20 x Regis A. Melo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/09/20
---	---	---	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitador Oral Estético
CRO-DF 11442



371574
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2019	4-Data de Autorização 15/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7854101	7-Data Validade da Senha 07/12/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202508381500011903		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GLAUBER ALMEIDA DE SOUSA ALVES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES ALMEIDA DE SOUSA ALVES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		23-Número no CRO 11442	24-UF DF
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442		28-UF DF	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/09/2019		Glauber
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/09/2019		Glauber
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/09/2019		Glauber
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/09/2019		Glauber
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/09/2019		Glauber
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

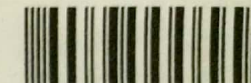
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/09/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/2019 Glauber	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/09/2019
---	---	---	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião-Dentista
Reabilitador Oral Estética
CRO-DF-1442



419995
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8057600	7-Data Validade da Senha 14/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526729000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSA MARIA DE FREITAS SILVA		14-Telefone 08/02/1970	15-Nome do titular do plano ROSA MARIA DE FREITAS SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/11/20		Regis Maria
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/11/20		Regis Maria
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/11/20		Regis Maria
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/11/20		Regis Maria
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/11/20
---	---	---	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião-Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO/DF 11442



428064
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/06/2011	4-Data de Autorização 27/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8091225	7-Data Validade da Senha 24/02/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202508381500012102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ QUERINO DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CICERA CAVALCANTE DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

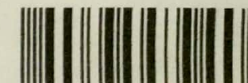
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/11/2011		Regis
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/11/2011		Regis
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/11/2011		Regis
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/11/2011		Regis
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/11/2011		Regis
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 27/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/11/2011
---------------	---	---	---	---

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



412600
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8026556	7-Data Validade de Senha 03/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253324930000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KARINA PEREIRA DOS SANTOS				14-Telefone 23/04/1999		15-Nome do titular do plano KARINA PEREIRA DOS SANTOS					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		18-Número no CRO 11442		19-UF DF		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		23-Número no CRO 11442		24-UF DF		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				27-Número no CRO 11442		28-UF DF		29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			25/11/20		Karina
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			25/11/20		Karina
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			25/11/20		Karina
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			25/11/20		Karina
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			25/11/20		Karina
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20 Karina	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/20
---	---	--	---

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



404556
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7994295	7-Data Validade da Senha 24/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202508381500012103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LETICIA CAVALCANTE DA SILVA			14-Telefone 29/01/2003 () -	15-Nome do titular do plano CICERA CAVALCANTE DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		23-Número no CRO 11442	24-UF DF
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442		28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/11/20		Letícia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Letícia Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20	Dr. Régis A. C. Melo Cirurgião Dentista Reabilitação Oral e Estética CRO-DF 11442
---	---	---	---	--



418190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2019	4-Data de Autorização 19/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8049912	7-Data Validade de Senha 10/02/2021							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202508381500012103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome LETICIA CAVALCANTE DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CICERA CAVALCANTE DA SILVA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO 3	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO 3								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	19/11/20		Letícia
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	19/11/20		Letícia
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	19/11/20		Letícia
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	19/11/20		Letícia
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 140,00		47-Valor Total R\$ 574,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/20			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20 Letícia Silva			53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/20 Dr. Régis A. C. Melo Cirurgião Dentista Reabilitação Oral Estética CRO-DF 11442			

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1*



387263
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/10/20		4-Data de Autorização 30/10/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7924337		7-Data Validade da Senha 30/11/20	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202508381500011901				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA DE LOURDES ALMEIDA DE SOUSA ALVES						14-Telefone () -		15-Nome do Titular do plano MARIA DE LOURDES ALMEIDA DE SOUSA ALVES			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				18-Número no CRO 11442		19-UF DF		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				23-Número no CRO 11442		24-UF DF		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO						27-Número no CRO 11442		28-UF DF		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/10/20	
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/10/20	
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/10/20	
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/10/20	
5-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/10/20	
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/20				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável			
								53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20			

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



404484
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/20	4-Data de Autorização 29/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7994020	7-Data Validade da Senha 24/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533059900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SAMANTHA AUGUSTA RODRIGUES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SAMANTHA AUGUSTA RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	29/10/20		Somente
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/10/20		Somente
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/10/20		Somente
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/10/20		Somente
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/10/20		Somente
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20 Samantha	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/20
---	---	--	---

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitador Oral e Estética
CRO-DF 11442



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 08/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7847613	7-Data Validade da Senha 02/12/20	369737 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202511177700008011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ANTONIO MARCIO DA SILVA BRITO		14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCIO DA SILVA BRITO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código de Operadora / CNPJ / CFE 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200							
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MDP	1	122,00	0,00		S	08/09/20		Assinatura
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	03/09/20		Assinatura
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	03/09/20		Assinatura
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 298,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação Imagens analisadas												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/09/20			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/20			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20 Antonio Marcio da Silva Br			53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/09/20 Dr. Regis A. C. Melo Cirurgião Dentista Registro em OAB e Cretica CRO-DF 11442			



420181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/11/2017		4-Data de Autorização 17/11/2017		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8058417		7-Data Validade da Senha 14/02/2018		420181 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário												12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202526729000000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome ROSA MARIA DE FREITAS SILVA								14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ROSA MARIA DE FREITAS SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO						18-Número no CRO 11442		19-UF DF		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870				22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				23-Número no CRO 11442		24-UF DF		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO						27-Número no CRO 11442		28-UF DF		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	D	1	61,00	0,00		S	17/11/2017		Regis A.	
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	D	1	61,00	0,00		S	17/11/2017		Regis A.	
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/11/2017				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/2017				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/2017 Rosa Maria				53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/11/2017	

Empresa
120

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



408821
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 30/10/20		4-Data de Autorização 06/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8012557		7-Data Validade da Senha 28/01/21		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202526729000000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
13-Nome ROSA MARIA DE FREITAS SILVA						14-Telefone 08/02/1970		15-Nome do titular do plano ROSA MARIA DE FREITAS SILVA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				18-Número no CRO 11442		19-UF DF		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870				22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				23-Número no CRO 11442		24-UF DF		
25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				27-Número no CRO 11442		28-UF DF		
29-Código CBO S												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00	S	25/11/20			Rosa M.
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	S	25/11/20			Rosa M.
3-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	S	25/11/20			Rosa M.
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 183,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/11/20												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/20												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20 Rosa M.												
53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/20												

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



415037
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8036158	7-Data Validade da Senha 07/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251117770000801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANTONIO MARCIO DA SILVA BRITO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCIO DA SILVA BRITO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fscs	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMV	1	122,00	0,00		S	19/11/20		edn53 no
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00		S	19/11/20		de Anasue
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

19/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

19/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

19/11/20 e Antonio

53-Data, local e Carimbo da Empresa

19/11/20
Dr. Régis A.C. Melo
Cirurgião-Dentista
Reabilitação Oral - Estética
CRO-DF 11442

marcio J. Silva



408846
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/10/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8012616	7-Data Validade da Senha 28/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530876000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RONALD LAZARO BORGES RIBEIRO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALDENORA MELLO FIGUEIREDO
---	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	04/11/20		Dr. Regis A. C. Melo
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	04/11/20		Dr. Regis A. C. Melo
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

		Dr. Regis A. C. Melo	
--	--	----------------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/20
---	---	---	---

Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



404655
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2012	4-Data de Autorização 04/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7994726	7-Data Validade da Senha 24/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530876000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LETICIA GABRIELLE MELLO QUEIROZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALDENORA MELLO FIGUEIREDO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	04/11/20		Letícia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Régis A. C. Melo

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/20 Letícia Gabrielle	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/20
---	---	---	---

Chave de Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



404650
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7994688	7-Data Validade da Senha 24/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530876000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LETICIA GABRIELLE MELLO QUEIROZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALDENORA MELLO FIGUEIREDO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	P	1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
61,00	0,00		S	04/11/20	
42-Assinatura Leticia					
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
				46-Total Quantidade US 61,00	
				47-Valor Total R\$ 0,00	
				48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/20 - Leticia Gabrielle 53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/20					

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO DF 11442



403333
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/12/2010	4-Data de Autorização 27/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7989361	7-Data Validade da Senha 21/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530876000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALDENORA MELLO FIGUEIREDO		14-Telefone 23/12/1975	15-Nome do titular do plano ALDENORA MELLO FIGUEIREDO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVP	1	122,00	0,00		S	27/10/2010		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	27/10/2010		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/2010 Dr. Régis A. C. Melo Cirurgião Dentista Reabilitação Oral e Estética CRO-DF 11442



407124
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 28/10/20		4-Data de Autorização 04/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8004664		7-Data Validade da Senha 26/01/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202530876000000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome RONALD LAZARO BORGES RIBEIRO						14-Telefone 17/12/1978		15-Nome do titular do plano ALDENORA MELLO FIGUEIREDO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				18-Número no CRO 11442		19-UF DF		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870				22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO				23-Número no CRO 11442		24-UF DF	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO						27-Número no CRO 11442		28-UF DF		29-Código CBO S (I) 85100218	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MV	1	88,00	0,00		S	04/11/20	
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DPV	1	122,00	0,00		S	04/11/20	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 210,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/20				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/20				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/20			
								53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/20			
Dr. Régis A. C. Melo Cirurgião Dentista Reabilitação Oral e Estética CRO-DF 11442											



405853
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999658	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253100050000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KAMILA PEREIRA DOS SANTOS		14-Telefone 15/09/1997	15-Nome do titular do plano KAMILA PEREIRA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	12/11/20		Komila
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	12/11/20		Komila
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Komila Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20
---	---	---	---

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



405860
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999661	7-Data validade da Senha 25/01/21
8-Número da Carteira 00202531000500000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 		13-Nome KAMILA PEREIRA DOS SANTOS			
14-Telefone () - -		15-Nome do titular do plano KAMILA PEREIRA DOS SANTOS			
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO					
18-Número no CRO 11442		19-UF DF		20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870		22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		23-Número no CRO 11442	
24-UF DF		25-Código CNES 		26-UF DF	
27-Número no CRO 11442		28-UF DF		29-Código CBO 3 	
28-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	12/11/20		o Kamila
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	12/11/20		o Kamila
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 x Kamila Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20
---	---	---	---

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



405867
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 12/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999703	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531000500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KAMILA PEREIRA DOS SANTOS			14-Telefone 15/09/1997 () -	15-Nome do titular do plano KAMILA PEREIRA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	S	12/11/20			Komila
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	S	12/11/20			Komila
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Komila Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/20
---	---	---	---

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



408806
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/10/20	4-Data de Autorização 06/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8012517	7-Data Validade da Senha 28/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252672900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSA MARIA DE FREITAS SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSA MARIA DE FREITAS SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	06/11/20		Regis A.C. Melo
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	06/11/20		Regis A.C. Melo
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/20 Rosa Maria	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/20
---	---	--	---

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião-Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



408644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/10/20	4-Data de Autorização 06/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8011715	7-Data Validade da Senha 28/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526729000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSA MARIA DE FREITAS SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSA MARIA DE FREITAS SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES (IF) 85200140-14	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00		S	13/11/20		x Rosa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 333,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

. Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/20 x Rosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/20
---	---	--	---

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



389430
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 16/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931851	7-Data Validade da Senha 03/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202508381500011903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GLAUBER ALMEIDA DE SOUSA ALVES		14-Telefone 30/11/1992	15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES ALMEIDA DE SOUSA ALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MPV	1	122,00	0,00		S	16/10/20		<i>Regis</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20 <i>Glauco</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/20
---------------	---	---	---	---

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442



385471
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2012	4-Data de Autorização 16/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7915480	7-Data Válida da Senha 28/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202508381500011903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REDISUL INFORMATICA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GLAUBER ALMEIDA DE SOUSA ALVES		14-Telefone 30/11/1992	15-Nome do Titular do plano MARIA DE LOURDES ALMEIDA DE SOUSA ALVES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	18-Número no CRO 11442	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34664151870	22-Nome do Contratado Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	23-Número no CRO 11442	24-UF DF	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO		27-Número no CRO 11442	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00			16/11/2012		<i>Glauber</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2012 <i>Glauber</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2012

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442